UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FISTULE GASTRO-JÉJUNO-COLIQUE CONSÉCUTIVE A L'ULCÈRE PEPTIQUE DE L'ESTOMAC ET DU JÉJUNUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 15 décembre 1939

PAR

M^me^ Alice WAGNER, née HOCHSTETTER

Née à STRASBOURG (Bas-Rhin), le 16 janvier 1908

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
PAPIN, professeur .....
LOUBAT, agrégé ..... *Juges.*
MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1939

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0057

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 93

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FISTULE GASTRO-JÉJUNO-COLIQUE CONSÉCUTIVE A L'ULCÈRE PEPTIQUE DE L'ESTOMAC ET DU JÉJUNUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 15 décembre 1939

PAR

Mme Alice WAGNER, née HOCHSTETTER

Née à STRASBOURG (Bas-Rhin), le 16 janvier 1908

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

LOUBAT, agrégé ..... *Juges.*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	N.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY, CHARRIER (Chirurgie générale).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	FRANCK.	id.	POUYANNE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	AURIAC.
id.	SARIC.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui so présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation

A MON MARI

A MES FILS

A FEU MON PERE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR

A Monsieur le Professeur STOLZ

de la Clinique chirurgicale B de Strasbourg.

Qui nous a inspiré ce travail, dont la bienveillance nous a guidée, et dont le grand talent chirurgical a sauvé notre fils aîné d'une mort certaine.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur KUNTZMANN

Dont les conseils nous ont été précieux, et qui nous a aidée dans la recherche des observations des malades. Nous lui exprimons ici toute notre gratitude.

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur AMBARD;

Monsieur le Professeur BARRÉ;

Monsieur le Professeur PAUTRIER;

Monsieur le Professeur ROHMER,

de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instucrtion publique.

En hommage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FISTULE GASTRO-JÉJUNO-COLIQUE

CONSÉCUTIVE A

L'ULCÈRE PEPTIQUE DE L'ESTOMAC ET DU JÉJUNUM

INTRODUCTION

Le traitement opératoire de l'ulcère gastro-duodénal a été envisagé de différentes façons. Au début, on a fait la gastro-entérostomie simple. Woelfler, en 1881 exécuta la première fois cette opération pour sténose pylorique; elle a été répétée depuis des milliers de fois. Puis on a cru perfectionner cette méthode d'opérer en la complétant par une exclusion du pylore, soit en le liant, suivant la méthode de Willms, soit en le sectionnant, suivant la méthode d'Eiselberg. On est enfin arrivé à la gastrectomie, méthode préconisée actuellement par tous les auteurs ayant l'expérience de la chirurgie gastrique.

Seize ans après la première gastro-entérostomie de Woelfler, Berg, au « Nordischen Chirurgen Kongress », en 1897, fait un compte rendu sur un ulcère peptique du jéjunum, qu'il considère comme étant la conséquence d'une gastro-entérostomie. Le deuxième cas d'ulcère peptique post-opératoire

fut signalé deux ans après par Braun, au Congrès des chirurgiens allemands en 1899 (Deutscher Chirurgen Kongress); il cite le cas d'un ulcère perforé, onze mois après une gastro-entérostomie.

Par ces premières communications l'attention des chirurgiens fut dirigée du côté de cette redoutable complication des opérations sur l'estomac, et les cas cités augmentent d'année en année.

Une complication assez rare, mais grave de l'ulcère peptique, c'est la perforation, qui peut se produire soit dans le péritoine, soit dans la paroi abdominale antérieure, soit dans le côlon. Dans ce dernier cas, on assiste à la formation de la fistule gastro-colique, si l'ulcère a siégé près de l'anastomose de la G.-E., ou de la fistule gastro-jéjuno-colique, si l'ulcère a siégé sur le jéjunum. C'est en 1903 que Cerny publie le premier cas de fistule gastro-colique. Malgré la fréquence de l'ulcère peptique jéjunal après G.-E., les observations de fistules gastro-jéjuno-coliques, sans doute à cause des mauvais résultats opératoires, sont rares d'après Loewy. En 1921, 76 cas sont cités. 260 cas en 1931 (Congrès de chirurgie). Depuis, 50 nouveaux cas ont été publiés. Cela élève le nombre des cas cités à 300, à peu près, sur 1.300 cas d'ulcères peptiques, soit 1 fistule pour 4 ulcères. Les observations sont rarement complètes, la plupart des cas sont simplement signalés dans des statistiques globales, sans détails suffisants, ni sur le genre d'opération, ni sur les suites éloignées.

Nous nous proposons de parler dans cette thèse de la fistule gastro-jéjuno-colique. Sans nous arrêter aux considérations pathogéniques et théoriques sur la formation de l'ulcère peptique à l'origine de la fistule, nous parlerons, après les données étiologiques et cliniques, du traitement opératoire tel qu'il a été conçu par les chirurgiens ces dernières années.

A la *Clinique chirurgicale B de Strasbourg*, nous avons trouvé 10 cas de fistule gastro-colique, dont 3 inédits.

EXPOSE DES OBSERVATIONS

L'ulcère peptique et la fistule gastro-colique se sont déclarés après trois modes d'opérations pratiqués pour ulcère :

1° Après gastro-entérostomie simple :

observations I, II, III, IX, X.

2° Après gastro-entérostomie, plus exclusion du pylore (Willms) :

observations IV, V, VI, VII.

3° Après résection :

observation VIII.

OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE B

Observation I.

B... (N.), 35 ans.

Première opération : faite à Metz en 1922, G.-E. pour ulcère gastrique dont il souffrait depuis 1918. Amélioration passagère.

Est traité à la Clinique médicale B en 1927. On constate un retard d'évacuation. Est admis au service en 1928, transféré de la Clinique médicale B.

Deuxième opération (en 1928) : ulcère calleux au pylore. Bouche de la G.-E. rigide, infiltrée, entourée d'adhérences. Fixation intime du côlon à l'estomac et à la bouche de la G.-E. Infiltration de la paroi colique. Résection de l'antre pylorique, réunion bout à bout du jéjunum. Polya modifié, section du côlon et réunion par anastomose latéro-latérale. Guérison p. o.

Revu en 1931, va bien, suit un régime très large.

Revu en 1934, même état.

Observation II.

W... (Th.), 57 ans.

Première admission (4 janvier 1926) : souffre de l'estomac depuis 1917. A été opéré à ce moment à Paris (G.-E). Depuis 1924, diarrhées continues, contenant des aliments non digérés. Renvois fécaloïdes. Radio : fistule jéjuno-colique.

Deuxième opération : on ne trouve pas de trace d'ulcère gastrique ou duodénal. La G.-E. présente une large communication avec le côlon, souple, sans trace d'ulcère. Exclusion de la partie du côlon fistulisé, réunion bout à bout du côlon.

Deuxième admission (5 décembre 1927): va bien jusqu'en mai 1927. Depuis, douleurs, vomissements. Radio : niche à l'anastomose.

Troisième opération : gros ulcère avec cratère au pylore, fixé au pancréas. Résection méso-gastrique de la bouche de la G.-E. et des deux anses. Polya.

Troisième admission (19 novembre 1928) : souffre de nouveau depuis quelques semaines. Renvois acides. Amaigrissement.

Quatrième opération : ulcère pylorique disparu. Ulcère peptique sur l'anse efférente, accolé au côlon. Résection des anses avec ulcère. Réunion bout à bout du jéjunum, excision des bords de l'ouverture de l'estomac, abouchement du jéjunum en aval de la suture.

Quatrième admission (6 janvier 1930) : allait bien pendant un an. Puis, réapparition des douleurs avec renvois biliaires, amaigrissement.

Cinquième opération : parois de la G.-E. rigides. Induration fixée au pancréas et aux gros vaisseaux. Entéro-entéro-anastomose. Aucune amélioration. Décédé automne 1931.

Observation III.

F... (G.), 47 ans.

Première opération (1915) : G.-E. pour ulcère saignant de l'estomac.

Deuxième admission (5 août 1925) : douleurs après les repas. Amaigrissement. Acidité totale, 73; acide libre, 54.

Deuxième opération : grosse tumeur inflammatoire englobant la bouche et le côlon transverse. Résection de tout le bloc, réunion latéro-latérale du grêle, les bouts du côlon transverse sont fermés et on fait une anastomose entre le cæcum et le sigmoïde. Polya modifié. Guérison p. o.

Revu en 1927 : très amélioré: A de rares douleurs après les repas lourds.

Revu en 1934 : va tout à fait bien. N'a plus de douleurs et travaille comme avant.

1939 : décédé. Cause inconnue.

Observation IV.

D... (I...), 35 ans.

Première admission (10 novembre 1917): douleurs gastriques, vomissements. Radio : suspect de cancer. Refuse l'intervention.

Deuxième admission (5 décembre 1917) : continue à souffrir.

Première opération : ulcère fixé dans le pancréas. Exclusion du pylore (Willms). G.-E. Fait dans la suite un cercle vicieux.

Deuxième opération : anastomose de Braun. Suites bonnes.

Troisième admission (9 juin 1921) : souffre de nouveau depuis cinq mois, indépendamment des repas. Traitement médical.

Quatrième admission (3 janvier 1923) : douleurs à peu près continues. Fort amaigrissement.

Troisième opération : ulcère peptique à cheval sur la G.-E. ayant perforé dans la paroi abdominale antérieure et dans le côlon transverse. Extirpation des deux anses grêles et de la portion avoisinante du côlon transverse. Côlon réuni par anastomose latéro-latérale. Réunion de l'estomac et de l'intestin exactement à l'endroit de l'ancienne anastomose de Braun. Suites bonnes.

Revu le 5 mars 1927 : les troubles ont recommencé depuis deux ans. Douleurs une bonne heure après les repas. Hématémèse. Traitement médical.

Cinquième admission (août 1933) : continue à souffrir; on commence un traitement à l'histidine.

Revu le 17 mars 1934, va mieux. Se plaint d'avoir quelquefois des crampes d'estomac sans horaire fixe. Suit un régime strict. On continue le traitement à l'histidine.

Revu en février 1935. Allait très bien.

1939 : a quelquefois des douleurs.

Observation V.

B... (Ch.), 33 ans.

Première admission (septembre 1922) : souffrait depuis un an. Apparition périodique de crises douloureuses deux à trois heures après les repas. Faim douloureuse.

Première opération : ulcère pré-pylorique très adhérent. Exclusion du pylore (Wilms). G.-E.

Deuxième admission (décembre 1929) : s'est bien porté pendant six ans. Puis, crises de diarrhées contenant des aliments non digérés, renvois fécaloïdes. Amaigrissement. Radio : fistule jéjuno-colique.

Deuxième opération : G.-E. très rétrécie, adhérant par sa face antérieure au côlon transverse, où on palpe une perforation. Celle-ci siège à 2 centimètres du bord gastrique de l'anastomose. L'ulcère pré-pylorique a disparu, et le pyloré est largement perméable. Résection du pylore et de la moitié distale de l'estomac, de l'anastomose et du segment attenant du côlon transverse. Suture bout à bout du jéjunum et du côlon. Abouchement du jéjunum en aval de la suture, à la tranche gastrique (Polya). Suites bonnes.

Revu le 28 septembre 1931. Allait très bien, ne suivait plus de régime et travaillait comme avant.

1939 : n'a pas pu être retrouvé.

Observation VI.

D... (E.), 30 ans.

Première admission (novembre 1914) : souffre de l'estomac depuis 1910.

Première opération : grand ulcère au pylore. Exclusion du pylore (Willms), G.-E.

Deuxième admission (10 février 1927) : souffre de nouveau depuis six mois. Diarrhées persistantes. Renvois fécaloïdes. Amaigrissement. Radio : fistule jéjuno-colique.

Deuxième opération : ancien ulcère complètement cicatrisé. Pylore largement perméable. Au niveau de la G.-E. on palpe une large communication perméable au doigt entre l'estomac et le côlon transverse. La paroi postérieure du côlon transverse est entièrement fixée à la G.-E. Exclusion d'un segment du côlon transverse attenant à la fistule, enfouissement des moignons, anastomose latéro-latérale pour rétablir la continuité.

Mort par hémorragie d'un moignon.

Autopsie : sur les moignons muqueux enfouis du côlon transverse, on trouve des ulcérations récentes.

Observation VII.

Z... (G.), 25 ans.

Première admission (septembre 1921) : souffre depuis 1918. Douleurs épigastriques, vomissements.

Première opération : ulcère pylorique englobé dans des adhérences. Exclusion du pylore (Willms). G.-E.

Deuxième admission (18 mars 1926) : vomissements périodiques depuis un an. Depuis quelques mois, selles liquides, renvois putrides.

Deuxième opération : plus de traces d'inflammation aiguë sur le pylore et le duodénum. Orifice de la G.-E. largement suffisant. Immédiatement au-dessous, fistule jéjuno-colique. Exclusion d'une tranche colique. Fermeture des deux bouts du segment exclu, Anastomose bout à bout des deux bouts périphériques.

Revu en 1927, aurait fréquemment des douleurs. Radio : léger reste résiduel. Les anastomoses fonctionnent, mais sont sensibles.

N'a plus pu être retrouvé ultérieurement.

Observation VIII.

F... (E.), 58 ans.

Première admission (7 novembre 1929) : souffre depuis 1925. On constate une forte sténose pylorique.

Première opération : ulcère de la première partie du duodénum. Résection des deux tiers de l'estomac, en laissant l'ulcère en place. Suites bonnes.

Deuxième admission (15 septembre 1932) : revient pour nouvelles douleurs apparaissant une heure après les repas et durant pendant des heures. Radio : évacuation précipitée de l'estomac avec dilatation de l'anse jéjunale. Traitement médical (Bi).

Troisième admission (12 décembre 1933) : souffre de nouveau depuis six mois. Vomissements fréquents qui le soulagent. Radio : niche d'ulcère peptique jéjunal. Traitement : cure d'histidine; ne sent plus rien. Nouvelle radio : la niche a disparu. On conseille de revenir pour une deuxième cure dans six semaines, mais le malade ne souffrant plus ne revient pas.

Quatrième admission (26 novembre 1934) : syndrome de perforation typique.

Deuxième opération : ulcère peptique jéjunal perforé, situé sur la face antérieure, à 3 centimètres de l'anastomose. Suture simple. Drainage du Douglas. Suites bonnes. On commerce de suite une nouvelle cure d'histidine.

Revu le 25 février 1935. Le malade va bien. On refait néanmoins une cure d'histidine.

Cinquième admission (1er octobre 1935) : depuis trois mois, douleurs dans l'hypocondre droit, constipation, nausées, parfois vomissements. Radio : la bouche anastomotique fonctionne bien. Forte stase dans le gros intestin. Traitement médical. Douleurs et vomissements continuent.

Troisième opération (12 novembre 1935) : adhérences très étendues. On constate autour de l'anastomose une irritation péritonéale très nette. A un endroit, le côlon transverse est fortement fixé par des adhérences. On palpe au-dessous des adhérences une petite tumeur du volume d'une noix, établie sur la bouche anastomotique et empiétant sur le côlon transverse. On ne peut pas constater s'il y a perforation du côlon ou non.

Premier temps : exclusion du segment fixé au côlon transverse sur une longueur de 8 à 10 centimètres. On réunit les deux autres bouts par une anastomose latéro-latérale. Suites opératoires :

vomissements de bile. Ne s'alimente pas. Lavages d'estomac qui amènent une amélioration passagère. Radio : très forte stase avec sténose au-dessus du segment stomacal réséqué.

Deuxième temps (4 décembre 1935) : grande résection.

Suites opératoires : le malade est très choqué, ne reprend pas connaissance. Décès le même jour.

Observation IX.

H... (E.), 40 ans.

Première opération (avril 1933) : ulcère perforé du pylore. Enfouissement de la perforation, suivi de G.-E. rétro-colique postérieure.

Novembre 1933 : hématémèses. Périodes de rémission et périodes douloureuses.

Deuxième admission (octobre 1935) : depuis plusieurs mois, diarrhées. Sensation de plénitude de l'abdomen. Emission intense de gaz. Radio : fistule gastro-jéjuno-colique.

Deuxième opération (17 octobre 1935) : une volumineuse tumeur inflammatoire occupe le siège de l'anastomose et est fixée à la partie moyenne du côlon transverse. Une communication existe entre estomac et côlon. L'état du malade étant précaire, on pratique un :

Premier temps : exclusion de la partie moyenne du côlon transverse. Celui-ci est sectionné de part et d'autre de la fistule, et ses bouts sont enfouis. La continuité du côlon est rétablie par une anastomose latéro-latérale.

Deuxième temps (12 novembre 1935) : résection de l'estomac, de la G.-E. du segment colique libéré et nouvelle G.-E. sur la tranche gastrique suivant procédé de Polya. Suites opératoires bonnes. Petite suppuration à l'incision. Retard de la cicatrisation.

Quitte le service le 7 décembre 1935.

1939 : va bien.

Observation X.

K... (L.), 33 ans.

Première opération (Haguenau, avril 1934) : ulcère perforé, sans aucun antécédent gastrique. G.-E. Radio de contrôle (juillet 1934) :

s. p. Douleurs dans le flanc gauche, lorsqu'il reprend son travail. Pas de troubles digestifs.

Première admission (2 juillet 1936) : depuis deux mois, diarrhées, pas de douleurs. Radio : fistule gastro-colique.

Deuxième opération : au niveau de la G.-E., le mésocôlon est un peu œdématié. Libération de la G.-E., qui communique avec le côlon transverse. On sépare aisément les deux organes et on suture les orifices, sans rétrécir le calibre du côlon. On se propose de réopérer le malade dans un deuxième temps pour lui réséquer son ulcère jéjunal et son estomac. Fermeture sans drainage. Suites bonnes.

16 juillet 1936 : on commence une cure de laristine.

27 juillet 1936 : quitte le service. Poids : 61 kilos.

Deuxième admission (25 avril 1938) : depuis deux ans tout va bien. Le malade mange de tout, n'a jamais mal, va régulièrement à la selle. Depuis trois semaines, a une diarrhée continue, sans glaires, qui résiste à tout traitement médical. Pyrosis. Deux vomissements alimentaires. Jamais de douleurs.

Deuxième opération : il y a très peu d'adhérences et l'anastomose est très facilement mise à jour, ainsi que le côlon transverse, qui lui adhère intimement. On sépare sans difficultés spéciales le côlon et on ferme la brèche par deux plans de suture. On se décide ensuite à disjoindre la G.-E. de façon à éviter pour l'avenir toute possibilité de retour d'un ulcère jéjunal (l'examen radiologique a permis de constater la perméabilité du pylore). Cette disjonction est faite sans difficulté, ainsi que la suture de l'orifice jéjunal et de l'orifice gastrique.

Suites opératoires bonnes. On commence une cure d'histidine.

Troisième admission (juin 1938) : radio : évacuation gastrique normale. On voit parfaitement la place de l'ancienne anastomose. A augmenté de 4 kilos.

1939 : va bien.

ETIOLOGIE

La fistule gastro-colique peut être la complication de différentes maladies de l'estomac ou de l'intestin. Ainsi, le cancer de l'estomac donne les plus nombreux cas de fistules, ensuite le cancer du côlon. D'après les statistiques de Fr. Hill, ce n'est qu'en troisième lieu qu'on peut citer l'ulcère peptique comme origine de la fistule gastro-colique. 2.36 p. 100 des ulcères seraient suivis de fistule, d'après les statistiques des cliniques de Mayo. Les abcès péritonéaux et la tuberculose intestinale peuvent aussi amener la formation d'une fistule.

Beaucoup de facteurs ont été invoqués pour expliquer la formation des ulcères peptiques, mais la multiplicité des explications montre que la cause réelle n'a pas encore été trouvée. Ainsi, Steinthal, v. Eiselsberg, v. Haberer, Tiegel, invoquent des lésions vasculaires locales. Richter et Hohlbaum pensent que ce sont des lésions nerveuses locales. D'autres, comme Tiegel, v. Royen, Lanbotte, Exalto, pensent que la muqueuse gastrique est attaquée par le suc gastrique ou blessée par des pinces opératoires ou des fils non résorbables. On a aussi invoqué les lésions mécaniques produites par le passage des aliments, ou une infection microbienne à l'anastomose (Blond, Wilkie, Harrington, Mayo). La plupart de ces opinions manquent d'expérimentation. Ce sont de simples hypothèses.

Il est certainement fondé de penser que des troubles vasculaires et nerveux de l'anastomose, provoqués par des lésions de la paroi gastrique et intestinale, la fixation du jéjunum dans une position anormale et la traction du mésentère peuvent favoriser la formation d'un ulcère. Le rôle des anastomoses dans la production des ulcères peptiques dépend plus

de la façon dont elles fonctionnent que de la manière dont elles sont faites. Les trois qualités d'une bonne anastomose sont, d'après Moreno Tinajero :

— la déclivité;
— l'incontinence;
— l'impossibilité de reflux dans l'anse afférente.

Ces trois desiderata sont loin d'être atteints dans tous les cas, et cela parce qu'ils ne dépendent pas entièrement des procédés techniques employés. On ne peut raisonner avec l'estomac et l'intestin comme avec des tuyaux de caoutchouc. Néanmoins, on peut affirmer que certains types d'anastomoses fonctionnent de façon plus satisfaisante que d'autres.

La déclivité de la bouche ne peut être assurée à coup sûr que par une anastomose termino-terminale, ou termino-latérale. Tous les auteurs qui ont fait des examens radiologiques de nombreuses gastrectomies, ont constaté que le Kocher, le Billroth II, surtout à anse longue précolique, et plus encore les anastomoses restant après gastrectomie en deux temps, donnent lieu très souvent à la formation d'un bas-fond où stagne le contenu gastrique.

L'incontinence est un terme sur lequel il faut s'entendre. La croyance que certaines anastomoses devenaient continentes et acquéraient une véritable fonction sphinctérienne a été accréditée par certains auteurs. En réalité, une bouche large et déclive est toujours incontinente. L'évacuation gastrique est réglée uniquement par le péristaltisme de l'anse efférente. Au cours des examens radioscopiques, on voit en général l'anse efférente dessiner un anneau de contraction qui arrête le passage de la baryte dès les premières bouchées. Cet anneau de contraction siège à quelques centimètres de l'anastomose et peut se maintenir une dizaine de minutes. Il se reproduit, suivant un rythme plus ou moins régulier, de façon que l'évacuation devient fractionnée.

Le reflux dans l'anse afférente est, d'après les constatations de Sénèque et Marx, assez fréquent. Il ne semble pas que ce reflux dépende du mode d'anastomose, ni qu'il puisse

être supprimé par tel ou tel artifice technique : l'emploi d'une anse très courte, haut suspendue à la petite courbure, paraît être le meilleur moyen d'en réduire la fréquence.

Telles sont les données en ce qui concerne une anastomose normale, formée de part et d'autre par des tissus sains. Or, on a observé maintes fois, en dehors de tout ulcère peptique, des lésions frappant l'anastomose, soit des lésions inflammatoires des muqueuses ou des parois gastriques et intestinales, soit des lésions de périviscérite, créant des blocs d'adhérences autour de la bouche. Ces mêmes lésions se retrouvent avec une particulière fréquence dans les cas d'ulcère peptique. Le fonctionnement de l'anastomose, qu'il soit d'emblée défectueux, ou secondairement vicié par des altérations pathologiques, semble bien, en somme, devoir entrer en ligne de compte parmi les circonstances d'apparition des ulcères peptiques.

Un des caractères prédominants de l'ulcère peptique, c'est sa grande tendance à perforer. Il attaque d'abord la paroi jéjunale, crée une irritation péritonéale localisée, une périviscérite, puis perfore. La perforation peut se faire en péritoine libre, dans la paroi abdominale antérieure, ou dans le côlon. Suivant le siège de l'ulcère peptique, sur l'estomac ou le jéjunum, on parle alors de fistule gastro-colique, quand la communication est directe entre l'estomac et le côlon; de fistule jéjuno-colique, quand le jéjunum et le côlon communiquent, de fistule gastro-jéjuno-colique, quand il s'est formé une espèce de cloaque où communiquent estomac, jéjunum, côlon.

LESIONS ANATOMIQUES

Dans la plupart des observations, on ne donne pas de précisions sur le siège exact de la fistule. L'ulcère peptique siège tantôt sur l'anse efférente de la gastro-entérostomie, sur sa face antérieure ou postérieure ou sur son bord mésentérique, tantôt sur la bouche anastomotique, à cheval sur les muqueuses gastriques et jéjunales, tantôt entièrement sur l'estomac, plus rarement sur l'anse afférente (Moreno-Tinajero).

Les adhérences sont très prononcées dans le cas de fistule entre les anses de la G.-E., l'estomac et le côlon; elles donnent lieu à des rétractions, des symphises, au milieu desquelles il est difficile et parfois impossible de dégager l'anastomose et l'anse jéjunale. Les lésions se présentent sous forme de pseudo-tumeurs inflammatoires, entourant la région de la fistule. A ce niveau, les tissus apparaissent épaissis, indurés, rougeâtres ou lardacés; dans quelques observations est noté un aspect œdématieux qui semble correspondre à une poussée inflammatoire récente. Le côlon transverse est sténosé au niveau de la fistule. Les muqueuses gastriques, jéjunales et coliques qui sont atteintes sont rouges, boursouflées, infiltrées, les plis normaux sont effacés.

Les examens histologiques pratiqués par différents auteurs (Konjetzny, Chiari, Pauchet) ont montré tous les aspects de l'inflammation : infiltration leucocytaire, amas de microbes dans l'épaisseur des tissus, infiltration au niveau de l'œdème, de grosses cellules rondes au milieu d'amas fibrinoïdes. En somme, le tube intestinal est atteint dans trois de ses segments : estomac, grêle, côlon, ce qui, nous le verrons plus loin, rend les interventions chirurgicales très difficiles, d'autant plus qu'on opère en milieu septique.

SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE LA FISTULE GASTRO-JEJUNO-COLIQUE

I. — *Temps d'apparition.*

La fistule apparaît après un temps variable à partir du moment de l'opération initiale. Dans les observations de la Clinique chirurgicale B de Strasbourg, ce temps varie entre deux et treize ans. V. Eiselsberg, Manld, V. Haberer, citent chacun un cas où la fistule s'est déclarée trois semaines après une G.-E. En général, il s'écoule deux à huit ans après une opération sur l'estomac et l'apparition d'une fistule gastro-colique.

II. — *Signes digestifs.*

1° Renvois ou vomissements fécaloïdes;
2° Selles diarrhéiques.

Cushing a démontré que le contenu de l'estomac et celui du duodénum sont relativement stériles, et, d'après Horsley, les microbes ne peuvent se développer dans le milieu acide du suc gastrique. Le côlon, lui, renferme une flore microbienne assez importante. Si l'estomac communique directement avec le côlon, cette flore colique contaminera l'estomac; les aliments, passant directement de l'estomac dans le côlon, sans utiliser le grêle, seront en grande partie rejetés sans avoir été attaqués par les sucs digestifs.

Le tableau clinique de la fistule est caractéristique : le malade vient en général consulter parce qu'il a des renvois et des vomissements fécaloïdes; si d'autres signes d'iléus manquent, on peut conclure à une communication anormale entre l'estomac et le côlon. D'autre part, le contenu du côlon

agit sur les muqueuses de l'estomac et de la partie supérieure du jéjunum, en provoquant une gastro-entérite et une colite, d'où douleurs abdominales. Les aliments, passant très rapidement dans le côlon, provoquent des diarrhées glaireuses, contenant des aliments non digérés.

A l'examen coprologique, on trouve des selles pâteuses, à réaction acide le plus souvent. La digestion des fibres musculaires et des graisses est insuffisante. Roux cite deux cas de fistule, en détaillant l'examen coprologique.

Premier cas :

Selle pâteuse. Poids sec pour 100 grammes : 21 grammes.
Selle acide.
Digestion insuffisante des fibres musculaires et des graisses.
Graisses neutres abondantes.
Acides gras + +.
Savons normaux.
Ni parasites, ni protozoaires.
Acides organiques, 21.
Ammoniaque, 2,4.
Aucune trace de flore iodophile.

Deuxième cas :

Selle pâteuse. Poids sec pour 100 grammes : 16 grammes.
Selle acide. Acidité ionique, 5,8 (normalement, 6,8-7,4).
Fibres musculaires abondantes, non digérées.
Graisses neutres, abondantes.
Beaucoup d'acides gras.
Savons, cellulose, normaux.
Pas de flore iodophile.
Acides organiques, 15,6.
Ammoniaque, 2,8.

Cet examen montre que la digestion s'accomplit en grande partie en l'absence du pancréas.

III. — *Signes généraux.*

Amaigrissement.
Anémie.

Ce qui frappe surtout chez un malade porteur d'une fistule, c'est son état général mauvais. Les malades sont très amaigris et dans un état précaire. L'amaigrissement s'explique par les diarrhées, la non-utilisation des aliments et, d'après Mac Lean, le dégoût des éructations; il conclut qu'il serait possible de faire prendre du poids à un malade en lui lavant régulièrement l'estomac.

En plus, certains malades présentent un certain degré d'anémie. Cet état général précaire rendra nécessaire certains soins préopératoires et influencera la thérapeutique et ses résultats.

IV. — *Signes physiques.*

Ils sont, comme dans toute cette pathologie gastrique, assez pauvres. Cependant, la constatation d'une douleur au niveau de la bouche, dès qu'on appuie sur l'abdomen, est un signe constant.

V. — *Signes radiologiques.*

Ils permettent de confirmer le diagnostic. En faisant le transit, on voit le côlon se remplir très rapidement, à peine la bouillie est-elle entrée dans l'estomac. D'autre part, en donnant un lavement opaque, on peut voir des traces du liquide dans l'estomac. La périviscérite autour de la fistule donne des aspects déchiquetés floconneux.

TRAITEMENT

« Peu d'affections comportent autant de facteurs de gravité que les fistules gastro-jéjuno-coliques : la complexité des lésions, la contamination fécale de l'estomac et du jéjunum, la sténose du côlon transverse et la colite, enfin l'état de faiblesse et de dénutrition de l'opéré s'opposant à une cure radicale de l'ulcère peptique, tout concourt à faire de l'opération une des plus embarrassantes et des plus redoutées de la chirurgie. » (Lœwy.)

La thérapeutique de la fistule ne peut être que chirurgicale; si on n'intervient pas, le malade meurt d'inanition, car les aliments quittent le corps sans avoir été utilisés. L'état général des malades est avant tout en rapport avec le degré de perméabilité et le siège jéjuno- ou gastro-jéjuno-colique de la fistule. Ceux dont la fistule est jéjuno-colique, à distance de la G.-E., sont peu touchés; ils peuvent conserver pendant plusieurs mois leur appétit et leurs forces. Il n'en est plus de même au cas de fistule gastro-jéjuno-colique, mettant en communication directe l'estomac et le gros intestin. Ces malades sont épuisés par la lientérie et intoxiqués par l'absorption continue des matières coliques par le grêle; ils présentent souvent des œdèmes spéciaux aux inanitiés, dus à l'appauvrissement en protéines du sérum sanguin. De tels sujets présentent un lourd handicap pour le chirurgien.

Soins préopératoires.

Les soins préopératoires sont importants. Il faut, d'après Lœwy, éviter pendant trois jours préopératoires l'introduction quelconque de liquide dans le tube digestif. On donne

un litre et demi à deux litres par jour de sérum physiologique sous-cutané. Le sérum rectal goutte à goutte, qui remplit le côlon, est proscrit, de même les lavements et les lavages d'estomac qui peuvent s'infiltrer par la fistule; seule une aspiration simple du contenu gastrique et rectal doit être faite la veille et le matin de l'opération. Chez des malades en état de dénutrition et porteurs d'œdèmes, il est indispensable de remplacer par du sérum glucosé intraveineux, et surtout par une transfusion préopératoire de 300-400 cm^3, la réserve de sucre et de protéines que ne peut procurer l'alimentation. Kohlmann donne *per os* des aliments riches en hydrates de carbone, tels que des jus de fruits, qui seraient le mieux utilisés; il ajoute un extrait de pancréas, pour remplacer le suc pancréatique naturel, qui ne peut se mettre au contact des aliments. Findlay, pour immuniser le péritoine, injecte avant l'opération 100 cm^3 de liquide amniotique concentré.

L'intervention chirurgicale.

Au Congrès français de chirurgie en 1931, Gosset a indiqué les grandes lignes de la chirurgie de la fistule gastro-jéjuno-colique. « En théorie, il faudra s'efforcer de réaliser les desiderata de la chirurgie de l'ulcère peptique, c'est-à-dire excision de l'ulcère avec établissement d'un meilleur drainage de l'estomac, restauration anatomique, ou large gastrectomie. En pratique, l'étendue des lésions détermine la conduite à tenir, qui varie suivant les cas simples ou compliqués. » C'est donc une chirurgie tout opportuniste, qui tiendra compte de l'état général du sujet et de l'étendue des lésions.

Dans les cas simples, l'adhérence entre le jéjunum et le côlon est limitée au siège de la fistule. La perforation jéjuno-colique est arrondie, régulière, il n'existe qu'une induration limitée. Dans les cas compliqués, la fistule siège au milieu d'un bloc d'adhérences; le siège de la G.-E. est occupé par une tumeur inflammatoire, où sont réunis la grande courbure de l'estomac, le côlon transverse et l'intestin grêle. Par suite

des adhérences et de l'infiltration, il est parfois impossible de reconnaître l'anse jéjunale. Le côlon transverse est sténosé au niveau de la communication et l'occlusion incomplète du gros intestin détermine une colite en amont de la portion rétrécie, c'est-à-dire une infection surajoutée.

I. — Cas simples de fistule gastro-jéjuno-colique.

1° Libération de la fistule. Fermeture respective des orifices.

Cette opération est pratiquée lorsque l'adhérence entre le jéjunum et le côlon est réduite; on la faisait surtout il y a une vingtaine d'années, parce que la résection était à ce moment une opération de longue durée, toujours extrêmement grave. On se contentait de séparer les organes réunis par adhérence, c'est-à-dire le côlon, le jéjunum et l'estomac, on excisait la fistule et les ulcères, s'il y en avait, et on suturait les ouvertures.

Les statistiques révèlent que les résultats de cette opération sont médiocres. Il y a beaucoup de récidives d'ulcères, et même de fistules. En général, la récidive se faisait trois à quatre ans après l'opération. Lœwy, en 1921, note 7 récidives sur 23 opérés; Kotzoglu, 4 récidives d'ulcère sur 37 séparations; Urrutia, sur 19 opérations, cite 6 morts opératoires et 4 récidives; v. Herczel, Port-Reiczenstein, Hartmann citent chacun 1 cas de récidive. A Strasbourg, on a fait cette opération dans l'observation X. Il y a peu d'adhérences entre la G.-E. et le côlon; on arrive à les séparer aisément; on suture les orifices. On fait une cure de laristine. Un ulcère peptique se déclare une deuxième fois après deux ans.

Mais il y a aussi des cas de guérison parfaite. Gosset cite 4 guérisons de plusieurs années; Delore, 2 guérisons pendant un et trois ans; Lambet, 1 guérison pendant quatre ans; Urrutia, 1 guérison pendant quatre ans et demi; Bock, 1 guérison pendant huit ans et demi.

2° Libération de la fistule.

Suppression de la G.-E., avec ou sans opération sur le pylore.

Cette opération est très conseillée par les chirurgiens de la clinique Rochester, et, dans les cas où le pylore est perméable, a donné les meilleurs résultats. Sur 19 cas de fistule jéjuno-colique de la Clinique Mayo, 11 fois la G.-E. a été supprimée avec pyloroplastie secondaire : il y a eu 1 mort opératoire, 8 guérisons, 3 suppressions de G.-E. sans pyloroplastie ont donné 3 guérisons, 1 récidive d'ulcère.

Dans l'observation X que nous citons, on a disjoint la G.-E.; puis on a suturé l'orifice jéjunal et l'orifice gastrique; le pylore étant perméable, on le laisse en place. Le malade va bien un an après; on lui fait une cure d'histidine.

Etant donné ces cas de récidives nombreux, Gosset conseille de faire la résection gastrique prophylactique. On peut la faire en un temps dans les cas assez rares où les circonstances sont favorables.

3° Résection en un temps.

Il faut que le malade soit en bon état général, que l'ulcère soit au repos, la fistule jéjuno-colique étroite.

En 1918, Clairmont-Hadjipetros publie 3 cas de résections en un temps. Il en donne une description précise. En premier lieu, il fait une résection de l'estomac, puis celle du jéjunum, qui porte la G.-E.; ensuite il résèque la portion du côlon transverse fistulisé. Il fait par la suite les anastomoses suivantes : duodéno-jéjunostomie, colo-colostomie, gastro-jéjunostomie. Il a fait 3 fois cette opération et a eu 3 succès, pas de mort postopératoire. Les malades ont repris rapidement du poids. La durée de cette opération était, en 1918, de cinq à sept heures. Clairmont opérait d'abord en anesthésie locale, puis faisait faire de temps en temps une narcose à l'éther. Aujourd'hui, grâce à des instruments perfectionnés, une telle opération dure environ deux heures. Néanmoins, elle reste choquante. Denk cite un cas où une

résection large provoque l'exitus. Mandl cite 2 cas où la mort suit l'opération, une fois par l'hémorragie d'un ulcère de l'œsophage, une fois par pneumonie. Strauss, Meischke, Brutt, Erkenbrecht, Kohlmann, Cackowicz, etc., citent des cas où la mort est survenue soit par collapsus pendant l'opération, soit tout de suite après l'intervention, par péritonite, pleurempyème, pneumonie caséeuse, etc.

Nous voyons donc que les résultats postopératoires de la grande résection en un temps sont médiocres. D'autre part, pour parer aux récidives, il faut recourir à la gastrectomie. Gosset conseille, chez ces malades fatigués, de libérer simplement la fistule et de pratiquer, dans un second temps, avec un état général meilleur, la résection gastrique.

II. — Cas compliqués de fistule gastro-jéjuno-colique.

Dans les cas compliqués graves de fistule gastro-jéjuno-colique, nous avons, d'une part, des difficultés d'ordre local, qui proviennent de la brièveté de l'anse afférente du jéjunum, de l'infiltration de la racine du mésentère par l'adénite inflammatoire et, d'après Lagoutte, de la situation de la masse inflammatoire dans l'épaisseur du méso transverse et de son adhérence au bord postérieur et à la face inférieure du côlon; d'autre part, les malades sont amaigris, anémiés, sans résistance, incapables de faire les frais d'une infection post-opératoire minime, inévitable du fait de la septicité de la fistule. Il s'agit de débarrasser l'organisme le plus vite possible de ce foyer d'infection, et la résection s'impose.

1° Résection d'emblée.

Dans les cas de la clinique chirurgicale B de Strasbourg, nous trouvons 4 observations où la résection a été faite d'emblée. Voici comment on a procédé : résection de l'estomac, de la G.-E. et du segment colique correspondant. Réunion bout à bout du jéjunum, nouvel abouchement en aval de la

tranche gastrique et anastomose latéro-latérale ou termino-terminale du côlon. Cette méthode est appliquée dans l'observation I : le malade va bien six ans après l'opération; en 1939, il n'a pas pu être retrouvé. La même méthode a été appliquée dans l'observation V : le malade allait très bien deux ans après l'opération. Dans l'observation III, il était impossible de réunir les deux bouts du côlon; ils ont été enfouis, et la continuité intestinale a été rétablie par une anastomose entre le cæcum et le sigmoïde; le malade se portait bien neuf ans après l'opération. Dans l'observation IV, on a réséqué une partie du côlon, les deux anses de la G.-E. et abouché le jéjunum à l'estomac, au niveau d'une ancienne anastomose de Braun, sans rien enlever de l'estomac; le malade continue à souffrir. On fait un traitement à l'histidine, ce qui améliore son état; douze ans après l'opération, il allait tout à fait bien.

D'après ces 4 cas, nous constatons que la résection de tout le bloc formé par l'estomac, la G.-E. et la partie attenante du côlon transverse, est un traitement qui donne de bons résultats. Mais cette grande résection, telle que nous venons de l'exposer, est une intervention très importante, très choquante pour des malades surtout qui sont en général dans un état défectueux. Gosset note 45,8 p. 100 de mortalité post-opératoire après la grande résection. Il y a des malades qu'on peut être amené à juger incapables de la supporter, et c'est dans ces conditions qu'on entreprend la grande résection en deux temps.

2° Résection en deux temps.

Elle a été envisagée différemment suivant les chirurgiens, mais tous sont d'accord sur ce point que « le premier temps, véritablement urgent, n'a qu'un seul but : supprimer la fistule, c'est-à-dire la diarrhée alimentaire, l'infection de l'estomac et du grêle, et la stercorémie. Cette suppression réalisée, le malade peut reconstituer ses réserves de protéines,

recouvrer ses forces, et le problème compliqué de la fistule gastro-colique se trouve ramené au cas relativement simple d'un ulcère peptique jéjunal non compliqué. Il est logique, comme l'a dit Charrier, de limiter la première intervention au minimum, et de reporter la gastrectomie à un deuxième temps (Loewy).

A la clinique du Professeur Stolz, à Strasbourg, on utilise la méthode de l'exclusion simple du côlon transverse dans lequel l'ulcère a perforé comme premier temps de la résection radicale. On sectionne le côlon de part et d'autre de la fistule, puis on enfouit les deux moignons du côlon fistulisé; on réunit ensuite les deux bouts périphériques. Pour décharger le côlon, on pratique un anus contre nature.

Cette méthode a été employée dans l'observation VI. Le malade meurt après l'opération, par hémorragie d'un moignon; à l'autopsie, on trouve sur un des moignons du côlon enfoui des ulcérations récentes. Elle a également été employée dans l'observation VII. Le malade a été revu un an après l'opération; il n'allait pas bien à ce moment et souffrait beaucoup; il n'a pas pu être retrouvé ultérieurement. La même méthode a encore été employée dans l'observation II. Un an après, le malade a été réopéré, et on lui a fait à ce moment une résection de l'estomac, des deux anses de la G.-E. et du segment du côlon exclu. Le pylore a été laissé en place, parce qu'il avait un ulcère profondément fixé dans le pancréas. Un an après, le malade est revenu avec un nouvel ulcère peptique. On a pratiqué une excision et un nouvel abouchement de la G.-E. Deux ans après, il y eut une nouvelle récidive.

Le malade est finalement mort de son affection. Même procédé dans l'observation VIII. Le malade ne s'alimente pas après l'opération; il vomit. On pratique la grande résection trois semaines après l'exclusion du côlon; le malade est très choqué et meurt le même jour. Enfin, dans l'observation IX, cette méthode a eu un bon résultat; la grande résection suit trois semaines après la première intervention. Le malade va bien quatre ans après l'opération.

Malgré les mauvais résultats que donne, d'après notre statistique, la simple exclusion du pylore, il s'agit là d'une méthode qui ne nous semble pas devoir être rejetée d'emblée; elle est intéressante en ce sens qu'elle peut être utilisée comme premier temps de la grande résection.

Loewy procède de la façon suivante : séparation des organes fistulisés et fermeture des brèches. « A part certains cas rendus particulièrement difficiles et complexes par la nature des opérations antérieures, la séparation et la fermeture des organes fistulisés est en général possible. Elle doit être effectuée avec méthode. » Voici comment il procède : on fait une anesthésie rachidienne à la percaïne en solution faible. L'injection est faite entre la XII[e] dorsale et la I[re] lombaire. Pour un malade de taille moyenne (1 m. 65 environ), 15-16 cm^3 de la solution faible de percaïne suffisent en général; on peut compléter l'anesthésie par une infiltration locale au cours de l'opération.

On pratique une incision épigastrique médiane dans l'ancienne cicatrice, en prolongeant au besoin au-dessous de l'ombilic. Après avoir libéré l'estomac et le côlon des adhérences pariétales, on vérifie l'état de la petite courbure, du pylore, du duodénum; on y découvre parfois un ulcère en évolution. Puis on relève le mésocôlon et on arrive sur les lésions proprement dites : la masse inflammatoire formée par l'ulcère peptique et les viscères fusionnés, recouverte par des voiles péritonéaux, des écharpes épiploïques et même mésentériques. On détache les adhérences du côlon et du jéjunum sur une distance de quelques centimètres de chaque côté de la fistule. Sur la zone cartonnée, fusionnée, on fait au bistouri une ouverture, juste suffisante pour introduire l'aspirateur, qu'on conduit dans toutes les directions, colique, jéjunale et en arrière, si on peut, dans la cavité gastrique. Ensuite on détache le jéjunum de la G.-E. et du côlon, et le côlon de l'estomac; à ce niveau, il faut faire attention de ne pas blesser l'arcade de Riolan. Puis il faut décoller le mésocôlon de la paroi gastrique antérieure. On procède ensuite

à la fermeture des différentes brèches : gastrique, jéjunale, colique. A cause de l'état d'infection des parois coliques, on conseille de fixer le segment colique suturé au péritoine pariétal antérieur. Dans le cas d'intestin suspect, dévitalisé, ou de blessure de l'artère colique moyenne, quand la brèche présente des dimensions telles que la suture est impossible, la question de la résection du côlon se pose. Lajoutte, considérant la lésion artérielle inévitable, a recommandé la résection systématique du côlon transverse, dès le début de l'opération. Tavernier, Judd et Finsterer ont extériorisé temporairement le côlon, comme pour un Mikulicz, où il l'ont laissé, sous la paroi incomplètement refermée, l'anse étant réintégrée huit jours plus tard, si elle était restée saine. Bien que des gastrectomies et des colectomies aient été effectuées d'emblée avec succès (Pauchet, *in* Tierny, Lagoutte, Funck-Brentano), le procédé le plus sûr, si la résection colique devient inévitable, consiste à compléter la section du côlon au niveau de la brèche, fermer complètement le bout distal, et aboucher temporairement à la peau le bout proximal du côlon transverse. La réunion de l'intestin est effectuée dans un deuxième temps, après mobilisation de l'angle gauche, comme l'a recommandé Finsterer.

La suppression de la fistule terminée, et les trois orifices gastrique, jéjunal et colique refermés, les organes se trouvent replacés à leur état normal.

En général, chez ces malades à tendance ulcéreuse démontrée que sont les porteurs d'ulcère peptique, la suppression de la G.-E. expose à la récidive de l'ancien ulcère duodénal, de même que le maintien de la G.-E. conduit à la reformation de l'ulcère peptique jéjunal : dans les deux cas la guérison définitive ne peut être obtenue que par la gastrectomie. Cette opération pratiquée en deux temps présente les avantages qui lui ont été reconnus pour la chirurgie analogue du côlon droit : diminution de l'inflammation, amélioration de l'état général par la diversion du cours des matières, enfin, une sorte de vaccination péritonéale. Le moment de la gas-

trectomie dépend du retour des forces, qui est en général rapide : l'opéré se croit guéri et ne veut plus entreprendre une deuxième intervention.

La gastrectomie doit être effectuée quatre semaines à deux mois après la première intervention. Attendre davantage, c'est s'exposer à trouver des adhérences reformées et solides, et peut-être un nouvel ulcère.

Lahey, en Amérique, procède d'une façon différente pour effectuer la grande résection en deux temps : la première opération consiste à réséquer l'estomac au-dessus de l'anastomose de la G.-E.; il suture ensuite le jéjunum au moignon de l'estomac, suivant le procédé de Polya. De cette façon, il met au repos la partie fistulisée. Par ce procédé, Lahey pense réduire l'inflammation et créer de meilleures conditions pour la résection du côlon transverse et du jéjunum fistulisé, qu'il se propose d'entreprendre après trois semaines. Malheureusement, les deux malades opérés de cette façon meurent, l'un après 26 jours, l'autre après 3 mois. A l'autopsie, on constate que l'inflammation a persisté.

CONCLUSIONS

L'ulcère peptique, cette complication redoutable des opérations de gastro-entérostomie, a une tendance prononcée à la perforation; selon certains auteurs, un ulcère sur quatre perfore ou dans le péritoine, ou dans la paroi abdominale antérieure, ou dans le côlon transverse.

La perforation dans le côlon crée la fistule jéjuno-colique, ou gastro-jéjuno-colique. Les lésions anatomiques se caractérisent par la présence d'une pseudo-tumeur inflammatoire autour des organes fistulisés.

Les signes cliniques sont d'ordre digestif (renvois et vomissements fécaloïdes, selles diarrhéiques), et d'ordre général (amaigrissement et anémie). La radioscopie permet de poser le diagnostic de fistule de façon certaine.

Le traitement est uniquement chirurgical. Il a évolué au cours des vingt dernières années. Au début, on séparait les organes fistulisés, et on fermait les brèches. Le nombre relativement élevé des récidives a conduit les chirurgiens à faire la grande résection du côlon fistulisé, de la G. E. et de l'estomac.

Cette résection peut se faire en un temps, si l'état général du malade le permet. En général, on a tendance aujourd'hui à le faire en deux temps, la première intervention consistant, selon Stolz, à faire une simple exclusion du côlon, selon Lœwy, à séparer les organes fistulisés et à fermer les brèches, et selon Lahey, à mettre toute la région fistulisée au repos.

Tous les auteurs sont d'accord pour entreprendre la grande résection trois à quatre semaines après la première opération, quand le malade a repris assez de forces pour pouvoir la supporter.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu : *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 octobre 1939.
Le Recteur de l'Académie.
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Bock. — *Zentralbl. f. Chir.*, 1930.

Brutt. — Beiträge z. Klinik u. z. operativen Behandlung des pept. Jejunalgeschwürs nach Gastro-enterostomie. *Bruns. Beitr. zur klin. Chir.*, 1922.

Carlier, Ohlmann. — Quatre cas de fistule gastro-colique. *Strasbourg médical*, 1926, t. II, p. 165.

Clairmont, Hadjipetros. — *Münchner med. Wochenschr.*, 1918, n° 39.

Denk. — Studien über die Aetiologie u. Prophyllaxe des post operativen Jejunalgeschwürs. *Archiv f. Klin. Chir.*, 1921, n° 116.

Dickson. — Gastro-colic Fistula. *Canadien med. Assoc. Journal*, n° 18, 1928.

Downes et Erdmann. — Gastro-colica Fistula following gastro-ent. *Annals of Surgery*, 1918, n° 68.

Findlay. — Treatment of gastro-jejuno-colic Fistula by multiple stage operations. *Archiv of Surgery*, 1936, vol. 32, p. 896-906.

Geisthövel. — Diagnose u. Behandlung des durchgebrochenen Magen u. zwölf fingerdarmgeschwürs. *Münchner med. Wochenschr.*, avril 1939.

Gosset. — Congrès français de chirurgie, 1931.

— L'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. *Revue de chirurgie*, 1906.

Haberer (v). — Zur Frage des ulc. pept. jej. auf Grund älterer u neuerer klin. Erfahrungen. *Archiv f. klin. Chir.*, 1922.

Hanke. — Rôle de la carence en vitamines C dans l'ulcère gastrique. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1937, p. 213-233.

Hartmann. — Chirurgie de l'estomac.

Herczel (v.). — *Archiv f. klin. Chir.*, 1910, n° 91.

Hill. — Gastro-col. Fist. wills report of case complicating carcinome of stomach, *Med. Journ. a. Record*, 1927, n° 125, p. 258-260.

Hubscher. — Zwei Fälle von Magenkolonfisteln nach gastro-entero-post. u. deren Therapie. *Zentralbl. f. Chir.*, 1930, n° 44.

Israël-Kausch. — *Zentralbl. f. Chir.*, 1925, n° 40.

Jagi. — Experimentelle Forschung über die Genese des sogenanten post operat. pept. ulc. *Arch. f. klin. Chir.*, 1935, n° 184, p. 492-501.

Kanftheil. — Uber einen Fall von Fist. gastr. col. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1927, n° 77, p. 225.

Karpati. — Neues Resektionsverfahren z. operativen Behandlung des Jejunalgeschwürs. *Zentralbl. f. chir.*, 1936.

Koch. — *Archiv f. klin. Chir.*, 1910, n° 91.

Kotzoglu. — Uber Fistula gastr. col. jej. nach gastr. ent. retr. post. Thèse Berlin, 1927.

Kuntzmann. — Contribution à l'étude de l'ulcère du jéjunum post-opératoire. Thèse Strasbourg, 1935.

Lahey. — Gastro-jejunal ulcer and gastro-jejuno-colic-Fistula. *Surgery, Gynecology and obstetrics*, 1935.

Lambret, Ragemon. — Fistule colo-gastrique par cancer du côlon transverse ouvert dans l'estomac. *Echo médical du Nord*, 1929, n° 33.

Lean. — Les fistules gastro-coliques postopératoires. *Bruns Beitr. z. klin. Chir.*, 1932, fasc. 4.

Linhart. — *Münchner med. Wochenschr.*, 1920, p. 1321.

Lion et Moreau. — La fistule jéjuno-colique par ulcère peptique du jéjunum à la suite de la gastro-entérostomie. *Rev. de chir.*, 1909.

Loewy. — Les fistules jéjuno-coliques par ulcère perforant après gastro-entérostomie. Thèse Paris, 1920-1921.

— A propos de 5 observations de fistules gastro-jéjuno coliques. Opération en deux temps. Technique chirurgicale. *Journ. de chir.*, janv. 1939, p. 30-48.

Mandl. — Uber das ulc. pept. jej. post-operat. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1921, n° 163.

Mason, Baker. — *The surgical clinics of North-America*, oct. 1931.

Meischke. — Beitrag zur operat. Behandlung der gastro-col. Fist. *Bruns Beiträge f. klin. Chir.*, 1926-1927.

Meyer-Golob. — Gastro-col. Fistula. Brief review of literature and report of case. *Americ. Journ. of Surgery*, 1930, vol. 8.

Monroe et Emery. — Gastro-col. Fist. As a result of pept. ulcer. *The New Engl. Journ. of medecine*, 1928, n° 198.

Moreno-Tinajero. — Les ulcères peptiques après gastrectomie. Thèse Paris, 1937.

Polya. — Zur Frage des Ausschaltung des ulc. jej. *Zentralblatt f. Chir.*, 1920, n° 24.

— Jejunum ü. Magenkolonfistel nach gastro-enterost. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1913.

Ritter. — Ein Beitrag zur Frage des perf. ul. pept. mit besonderer Berücksichligung der Perforation in das Kolon, u. in die freie Bauchhöhle. Thèse Münster in W. u. Dusseldorf, 1930.

Rosselet, Menjis. — Sur deux cas de fistules iléo-coliques et fistules gastro-coliques. *Journal de radiologie et d'électrologie*, mai 1932.

Roux. — Les fistules gastro-coliques et leur syndrome coprologique. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1934, n° 25, p. 1084-1087.

V. Royen. — Uber das ulc. pept. jej. noch gastro-ent. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1910, n° 91.

Scherk. — Zur Klinik des Magenkolonfistel. *Archiv. f. Vardauungskrank*, 1929, n° 46.

Schmilinski. — Die Einfeitung der gesammten Duodenalsäfte in den Magen. *Zentralbl. f. Chir.*, 1918, n° 25.

Schramm. — Etiologie de l'ulcère récidivant après les opérations gastriques. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1937, p. 271.

Schwarz. — Zur operativen Behandlung des Ulc. pept.-jej. *Zentralbl. f. Chir.*, 1924, n° 46.

Scrimger. — A technic for the management of gastro-jej. ulcer withs or without gastro-col. or jej. col. Fistula. *Annals of Surgery*, 1936, n° 104, p. 594-600.

Spassokukozki. — Das pept. Geschwür nach gastro-ent. *Zentralbl. f. Chir.*, 1910, n° 9.

V. Stockum. — *Archiv. f. klin. Chir.*, 1910, n° 91.

Strauss. — Fistula gastro-colica. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1930, n° 56, p. 50-51.

Tomoda. — Résultats chirurgicaux concernant les ulcères gastro-duodénaux d'après 433 cas observés au Japon. *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1937, p. 134-163.

— Formation des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1937, p. 254-290.

Tomoda et Takaura. — Multiplicité des ulcères gastro-duodénaux. *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1937, p. 116.

Whittaker et Bargen. — Observations on the human being following colectomy or colonic exclusion with ileostomie. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1937.

Winkelbauer. — Zur Frage des post. operat. Ulc. pept. jej. *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1926.

Zoepel. — Die Magenresektion als zweite Operation, insbesonders bei Ulc. post. operat. jej. ü. nach früherer Operat. wegen Ulc. perforatum. *Deutsche. Zeitschr. f. Chir.*, 1937, n° 248.

21228. — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1939